

Análisis de la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. Argentina, 2005-2007

Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007

Dra. Mónica E. Bella^{a,b}, Lic. Laura Acosta^a, Lic. Belén Villacé^a,
Mg. María López de Neira^a, Dr. Julio Enders^a y Dra. Ruth Fernández^a

RESUMEN

Objetivos. Analizar la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes de 5 a 24 años, según sexo, método utilizado, lugar de ocurrencia y jurisdicción en la Argentina, en el período 2005-2007.

Método. Se utilizaron las Bases de Datos de los Informes Estadísticos de Defunción del Ministerio de Salud de la Nación. Se calcularon frecuencias y tasas de mortalidad por suicidio específicas por 100 000 habitantes, con empleo de la clasificación CIE-10-(X60-X84). El análisis estadístico se realizó mediante datos categorizados.

Resultados. El total absoluto de muertes por suicidio en el grupo de 5 a 24 años fue de 861 en 2005, 897 en 2006 y 815 en 2007. En el período 2005-2007 se produjeron 6 óbitos en menores de 10 años. En el grupo de 10 a 24 años las muertes por suicidio fueron más frecuentes en varones ($p < 0,01$). El análisis por grupo de edad y sexo mostró que, en varones, la mortalidad incrementa con la edad ($p < 0,01$) y, en mujeres, el grupo de 15 a 19 años fue el más prevalente ($p < 0,05$). El método utilizado con mayor frecuencia fue el ahorcamiento ($p < 0,01$) y el lugar de ocurrencia más prevalente el hogar ($p < 0,01$). Las tasas de suicidio más elevadas del país fueron en las jurisdicciones de Santa Cruz, Salta y Jujuy, y la tasa más baja en Santiago del Estero.

Conclusión. El suicidio en la población de adolescentes y jóvenes de la Argentina constituye un problema de salud más frecuente en los varones. Las jurisdicciones del norte y sur del país muestran las tasas más elevadas.

Palabras clave: mortalidad, suicidio, niños, adolescentes, jóvenes, Argentina.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.16>

INTRODUCCIÓN

La mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes (10-24 años, según la Organización Mundial de la Salud [OMS]) es uno de los problemas sanitarios más importantes y en el continente americano constituye la principal causa de muerte para este grupo.¹⁻⁶ Entre las muertes por causas

violentas se identifica a los accidentes, suicidios y homicidios.

El suicidio constituye un problema de salud pública complejo cuyas causas responden a factores de orden biológico, psicológico y social; afecta a la población más joven, lo que lleva a ocasionar pérdidas afectivas y económicas.

Las estimaciones efectuadas por la OMS refieren que en la actualidad se suicidan un millón de personas en el mundo, de todos los grupos etarios, y que esta cifra ascendería a 1,5 millones para el año 2020.^{5,7,8} Los óbitos por suicidio, al igual que todas las muertes por causa violenta, son prevenibles siempre que se cuente con información respecto de los factores que intervienen en ellas y se desarrollen programas de prevención y tratamiento oportunos.

En la Argentina, la mortalidad por suicidio en adolescentes y jóvenes se incrementó de 1,5 cada 100 000 habitantes en el año 1990 a 10,7 cada 100 000 habitantes en el año 2007, y las edades con mayor incremento estaban comprendidas entre los 20 y 25 años.^{2,4,8-10} La mayor parte de los estudios relacionados con la temática abordan el grupo etario de los mayores de 10 años y existen pocas referencias sobre lo que sucede con los menores de esta edad.

A partir de lo expuesto, el objetivo del presente trabajo fue analizar la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes de 5 a 24 años según sexo, método utilizado, lugar de ocurrencia y jurisdicción de residencia en la Argentina, en el período 2005-2007.

a. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.

b. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba.

Correspondencia:
Dra. Mónica E. Bella:
bellamonica@hotmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 10-2-2012
Aceptado: 3-8-2012

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo de las defunciones por suicidio registradas en niños, adolescentes y jóvenes de 5 a 24 años de edad de ambos sexos, en el período 2005-2007 en la Argentina. Los datos se obtuvieron de las Bases de Datos de defunción proporcionadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Los datos se analizaron según grupo de edad, sexo, método de suicidio utilizado, lugar de ocurrencia y jurisdicción.

Las causas de muerte se categorizaron según la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud", Décima Revisión (CIE-10) correspondiente al capítulo de Causas Externas de morbilidad y mortalidad, que abarca lesiones autoinflingidas (suicidios) e incluye desde el código X60 hasta el X84.¹¹ Para su análisis se agruparon las lesiones autoinflingidas en: intoxicación/envenenamiento (X60-X69), ahorcamiento (X70), disparo de arma de fuego (X72-X74), saltar de un lugar elevado (X80), suicidio no especificado (X84) y otros (X71; X75-X79; X81-X82).¹¹

Para el análisis de los suicidios por edades, se agruparon los años en grupos quinquenales y se los delimitó según las distintas fases evolutivas que se consideran dentro de la niñez, la adolescencia y la juventud. De esta forma se distinguieron cuatro etapas: niñez, de 5 a 9 años; adolescencia temprana, de 10 a 14 años; adolescencia media, de 15 a 19 años y adolescencia tardía o juventud, de 20 a 24 años.⁶ Se incluyeron para el análisis estadístico todos los registros cuyos datos estaban completos respecto a edad y sexo.

Análisis de la información

Se analizaron los datos correspondientes a niños, adolescentes y jóvenes de 5 a 24 años a través de la *frecuencia del trienio 2005-2007* por método de suicidio y lugar de ocurrencia según sexo y grupo de edad. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes. El grupo de 5 a 9 años mostró una baja frecuencia, por lo que sus resultados sólo se expresaron descriptivamente. En el grupo de 10 a 24 años se calcularon *tasas de mortalidad específica por suicidio* por 100 000 habitantes de adolescentes y jóvenes en el trienio 2005-2007 para el total país y la jurisdicción de residencia. Se consideró como numerador, el promedio de defunciones entre los años 2005 y 2007, y, como denominador, la población proyectada

por la Dirección de Estadísticas Poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Argentina (INDEC) para el año 2006.

El análisis estadístico se realizó mediante datos categorizados y se trabajó con un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Análisis de frecuencia de suicidios según grupo de edad y sexo

El total absoluto de muertes por suicidio en el grupo de 5 a 24 años fue de 861 en 2005, 897 en 2006 y 815 en 2007, con valores mayores en varones ($p < 0,001$) (*Tabla 1*). En el grupo de 5 a 9 años se encontró un total de seis muertes en el período 2005-2007, tres decesos ocurrieron en el año 2005 en varones, dos óbitos en el año 2006 en mujeres y una defunción en varones en el año 2007.

La frecuencia de las muertes por suicidio según grupo de edad y sexo se muestra en la *Tabla 2*. El análisis de frecuencias de las muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes por grupo de edad y sexo mostró que, en varones, el riesgo aumenta con la edad ($p < 0,01$), mientras que, en las mujeres, el grupo de mayor riesgo es el de 15 a 19 años ($p < 0,05$) (*Tabla 2*).

Análisis por métodos de suicidio según grupo de edad y sexo

En los niños de 5 a 9 años se encontró que los métodos elegidos para cometer suicidio correspondieron tres a ahorcamiento, dos a disparo de arma de fuego y uno a otros métodos.

En el grupo de 10 a 24 años se observó que los métodos de suicidio más utilizados fueron el ahorcamiento en el 65,3% de los varones y en el 67,9% de las mujeres, luego el disparo de arma de

TABLA 1. Distribución de muertes por suicidio en el grupo de 5 a 24 años según sexo y año en la Argentina, período 2005-2007

Año	Sexo			
	F		M	
	n	%	n	%
2005	169	19,6	692	80,4
2006	202	22,5	695	77,5
2007	183	22,5	632	77,5

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Abreviaturas. F= femenino; M= masculino.

fuego en el 29,5% de los varones y en el 13,0% de las mujeres. En la *Tabla 3* se expresa la frecuencia de suicidios del período 2005-2007 en niños, adolescentes y jóvenes según método de lesión autoinfligida por grupo de edad y sexo, observándose que el ahorcamiento y el disparo de arma de fuego fueron los métodos de suicidio más frecuentes para el sexo masculino ($p < 0,01$).

TABLA 2. Distribución de muertes por suicidios en el grupo de 5 a 24 años según grupo de edad y sexo en la Argentina, período 2005-2007

Grupo de edad	Sexo			
	F		M	
	n	%	n	%
5-9	2	0,4	4	0,2
10-14	79	14,3	135	6,7
15-19	276	49,7	841	41,7
20-24	197	35,6	1039	51,4
Total	554	100	2019	100

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Abreviaturas. F= femenino; M= masculino.

Análisis de suicidio según lugar de ocurrencia y grupo de edad

Al analizar los suicidios según lugar de ocurrencia se encontró en el grupo de 5 a 9 años una muerte en un establecimiento de salud público, tres en el domicilio particular y en dos casos no se encontraba especificado el lugar de ocurrencia (*Tabla 4*). En el grupo de 10 a 24 años el lugar de ocurrencia más frecuente fue la *vivienda o domicilio particular* seguido por *otro lugar* y luego los *establecimientos de salud pública*. Se efectuó un análisis comparativo entre los grupos etarios estudiados y se observó que el grupo de 10 a 14 años presentaba mayor frecuencia de óbito en la *vivienda o domicilio particular* que el grupo de 15 a 19 años ($p < 0,01$) y que el grupo de 20 a 24 años ($p < 0,01$). Los resultados del análisis de los suicidios según lugar de ocurrencia y grupo de edad se expresan en la *Tabla 4*.

Análisis de las tasas de suicidio según jurisdicción de la Argentina

Con respecto al análisis de las defunciones por suicidio según jurisdicción se hallaron, en el grupo de 5 a 9 años, tres muertes en Buenos Aires, una en Córdoba, una en Salta y una en Tie-

TABLA 3. Distribución de suicidios según tipo de método de autoagresión utilizado, por género y grupo de edad en la Argentina, período 2005-2007

Método de autoagresión utilizado	Frecuencia absolutas									
	5-9		10-14		15-19		20-24		5-24	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Intoxicación/envenenamiento	0	0	2	3	11	9	8	7	21	19
Ahorcamiento	2	1	60	101	187	539	128	676	377	1317
Disparo de arma de fuego	0	2	7	30	38	257	27	307	72	596
Saltar de un lugar elevado	0	0	7	1	24	8	21	8	52	17
Otros	0	1	1	0	6	19	3	21	10	41
No especificados	0	0	2	0	10	9	10	20	22	29
Total	2	4	79	135	276	841	197	1039	554	2019

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Abreviaturas. F= femenino; M= masculino.

TABLA 4. Distribución de muertes por suicidio según lugar de ocurrencia y grupo de edad en la Argentina, período 2005-2007

Lugar de ocurrencia	Grupo de edad									
	5-9		10-14		15-19		20-24		5-24	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Establecimiento de salud público	1	16,7	25	11,7	113	10,1	107	8,7	246	9,5
Establecimiento de salud privado, obra social	0	0,0	0	0,0	10	0,9	17	1,4	27	1,0
Vivienda o domicilio particular	3	50,0	140	65,4	605	54,2	675	54,6	1423	55,3
Otro lugar	0	0,0	27	12,6	222	19,9	260	21,0	509	19,8
Sin especificar	2	33,3	22	10,3	167	14,9	177	14,3	368	14,3
Total	6	100	214	100	1117	100	1236	100	2573	100

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

ra del Fuego. El análisis de las tasas de suicidio según jurisdicción en el grupo de 10 a 24 años mostró una tasa media del país para el trienio 2005-2007 de 8,49 muertes cada 100 000 habitantes. Las jurisdicciones de Santa Cruz (18,97), Salta (18,10), Jujuy (17,53), Tucumán (16,95), Chubut (15,70), Neuquén (14,51), Catamarca (11,56), Formosa (10,82), Entre Ríos (10,65), Tierra del Fuego (10,43), Río Negro (10,38) y Chaco (8,79) mostraron valores más altos que la tasa del país; mientras que las jurisdicciones correspondientes a Santiago del Estero (3,94), Capital Federal (5,26),

Misiones (5,73), San Luis (6,54), San Juan (6,93), La Pampa (7,07), Santa Fe (7,21), Córdoba (7,42), Corrientes (7,54), Buenos Aires (7,54), Mendoza (7,77) y La Rioja (8,23) mostraron tasas más bajas.

La tasa de mortalidad por suicidios de Santa Cruz fue 2,23 veces mayor que la tasa del país y la tasa de mortalidad por suicidios de Santiago del Estero fue 2,15 veces más baja. Las jurisdicciones del norte y sur del país mostraron las tasas de suicidio más elevadas (Figura 1).

DISCUSIÓN

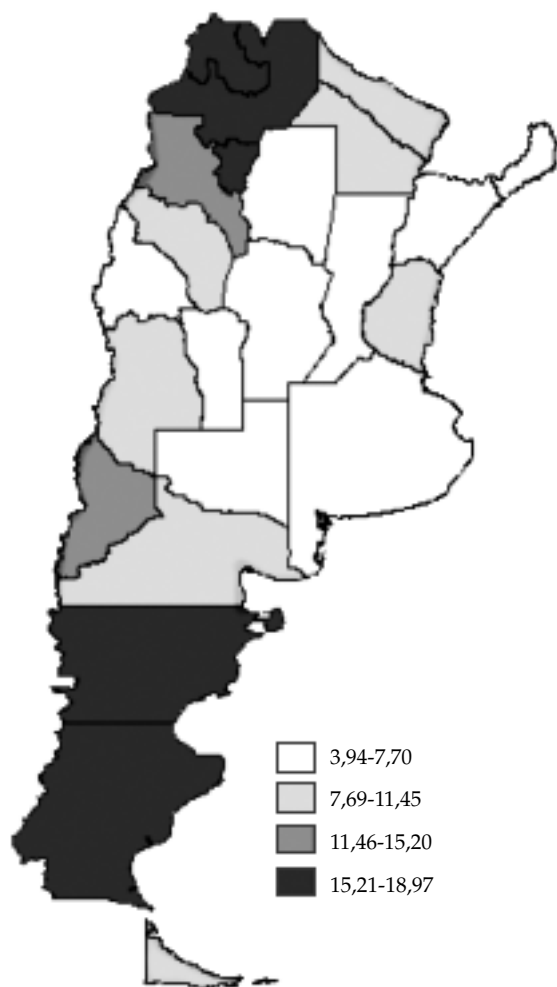
En la Argentina, el suicidio en la población adolescente y joven es un problema de salud que continúa en aumento y los estudios muestran que, en las últimas décadas, se observa un cambio en el perfil epidemiológico de los suicidios en el país. Mientras las tasas de suicidio en los grupos mayores de 25 años se estacionan, el grupo de 10 a 24 años muestra una tendencia en aumento.^{8-10,12,13}

Al analizar las tasas de suicidio por sexo se halló que los varones fueron los más afectados, tendencia que coincide con lo expresado por otros autores, tanto para la Argentina como para otros países.^{2,8,9,12,14-20} Entre las explicaciones de esta característica se encuentra la alta letalidad de los métodos que eligen para cometer el suicidio, que son habitualmente el ahorcamiento y las armas de fuego, y las características neurobiológicas y psicopatológicas particulares de cada sexo. Son más frecuentes en los varones las patologías relacionadas al espectro de la impulsividad, como los trastornos de conducta y uso de sustancias, entre otras.²⁰⁻²⁷

Al analizar el método utilizado con mayor frecuencia para consumar el suicidio, se observó que, para la población argentina continúa siendo el ahorcamiento y esto expresa diferencias con respecto a lo observado en otros países, como Colombia y EE.UU., en que las armas de fuego son el método más frecuente.^{1,15,16,28} Esta característica se relaciona con los patrones culturales del país, ya que la población civil de la Argentina tiene fácil acceso a los elementos que se requieren para ahorcarse, que son elementos de uso frecuente y de fácil adquisición. Otro aspecto detectado, y para tener en cuenta, es la utilización de armas de fuego como método de suicidio.

Cuando se analizaron las tasas de suicidio por jurisdicción se detectó que las regiones más afectadas fueron el norte (Jujuy y Salta) y el sur de la Argentina (Chubut, Río Negro, Neuquén y Santa Cruz), con valores que llegan a duplicar la tasa media de suicidio del país. Esta tendencia

FIGURA 1. Distribución de tasas de mortalidad por suicidios por 100 000 habitantes en adolescentes y jóvenes de 10-24 años según jurisdicción de la Argentina, en el trienio 2005-2007



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

geográfica ya había sido observada en un estudio previo sobre el período 1990-2000 para las jurisdicciones del sur.² Aún así, es de señalar el cambio observado en Chubut, que aun cuando sus tasas son superiores a la media del país, muestra una tendencia en descenso. Esta jurisdicción, en el año 2000, mostraba una tasa de suicidio de 18,14 muertes cada 100 000 habitantes en el grupo etario de 10 a 24 años (lo cual la colocaba como la jurisdicción con tasas de suicidio más altas del país), para mostrar en el trienio analizado 2005-2007 una tasa de 15,70 cada 100 000 habitantes.²

En cambio, la jurisdicción de Santiago del Estero presenta una tasa de suicidio menor a la media del país, aspecto que debería estudiarse en profundidad pues los motivos que influyen en este hecho pueden deberse a diferentes causas. Entre ellas, cabría mencionar las dificultades de contar con registros confiables en la mortalidad por suicidio como un factor de relevancia para ahondar en la temática. Existen evidencias de omisión para el caso de la mortalidad infantil en la jurisdicción de Santiago del Estero; estudios realizados ponen de manifiesto que "la magnitud de la omisión sigue siendo muy importante y condiciona la validez de los indicadores de mortalidad infantil".^{29,30}

El estudio presenta limitaciones, ya que el sistema de registro del país permite identificar los aspectos socio-demográficos que intervienen en las muertes ocasionadas por el suicidio, pero no permite identificar las causas básicas de la cadena de acontecimientos que llevan a una muerte prematura. En este aspecto, los registros en este tipo de óbitos en niños, adolescentes y jóvenes deberían complementarse con autopsias psicológicas, técnica pericial que contribuye a reconstruir la vida de la persona, a fin de identificar los factores que intervienen en esta decisión, entre ellos, el estado mental, la personalidad, eventos estresantes desencadenantes y la comunicación de ideas de muerte, entre otros. Estos aspectos permitirían profundizar en el reconocimiento de los factores relacionados con este tipo de decesos y desarrollar medidas sanitarias para intervenir más oportunamente, vinculando los aspectos epidemiológicos con las características clínicas, culturales y socioeconómicas del país.

Asimismo, en el presente trabajo se detectaron defunciones por suicidio en los niños de 5 a 9 años y este aspecto debería profundizarse en otros estudios, a fin de identificar las variables que intervienen en el deseo de morir en etapas tan tempranas de la vida. Los estudios efectuados en poblaciones con intentos de suicidio relacionan

los comportamientos suicidas en niños con situaciones familiares disfuncionales de gravedad, trastornos psicopatológicos y el uso de métodos de alta letalidad, como los detectados en este estudio, ahorcamiento y armas de fuego.^{31,32}

El suicidio para la población adolescente y joven de la Argentina es un problema de salud que continúa en aumento y muestra además un comportamiento diferenciado por sexo, en el cual los varones están más comprometidos. El método de suicidio más utilizado fue el ahorcamiento y las jurisdicciones del norte y sur del país mostraron las tasas de suicidio más elevadas. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* 1999;2(3):102-71.
2. Serfaty E, Foglia L, Masautis A, Negri G. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. *Vértex* 2007;(40):25-30.
3. Duarte C, Bordín I, De Paula C, Hoven C. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. *Rev Psiquiatr Salud Int* 2002;2(4):32-7.
4. Vuegen S. Salud de la población adolescente en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2003;101(6):491-4.
5. Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. (Comunicado de prensa). [Acceso: 22 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/new/releases/2004/pr61/es/>.
6. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los jóvenes y de la salud para todos en el año 2000. Serie de informes técnicos 731. Ginebra 1986. [Acceso: 22 de junio de 2011]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO-TRS-731-spa>.
7. Concha-Eastman A, Krug E. Informe mundial sobre la salud y la violencia. *Rev Panam Salud Pública* 2002;12(4):227-9.
8. Serfaty E, Andrade JH, Foglia L, Masautis A, Negri G. Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10-24 años. Argentina 1991-2000. *Rev Sinopsis* 2006;22(42):17-21.
9. Sola M. Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999-2007. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(9):18-23.
10. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Serie 5 Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2000-2007. [Acceso: 1 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar>.
11. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Décima Edición. Ginebra; 1992.
12. Zeballos JL. Argentina: efectos socio-sanitarios de la crisis, 2001-2003. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2003 (Publicación Científica N° 57).
13. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina 1988-2008. Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo N° 2: (5):58-78.
14. Basile H. El suicidio adolescente en la Argentina. ALC-MEON. *Rev Argent Clín Neuropsiq* 2005;12(3):211-31.

15. Cardona D, Peláez E, Aidar T, Ribotta B, Álvarez MF. Mortalidad por causas externas en tres ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia), 1980-2005. *Rev Bras Est Pop São Paul* 2008;25(2):335-52.
16. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia. 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública* 2007;22(4):231-8.
17. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, et al. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(5):341-9.
18. Llorca Castro F, Ortún Rubio V. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en Costa Rica. *Rev Esp Salud Pública* 2010;84(6):771-87.
19. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex* 2010;52(4):292-304.
20. Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16(2):102-9.
21. Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(2):124-9.
22. Shaffer D, Gould M, Fisher P, Trautman P, et al. Psychiatry diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:339-48.
23. Heuveline P, Slap GB. Adolescent and young adult mortality by cause. Age gender and country 1955 to 1994. *J Adolescent Health* 2002;30(1):29-34.
24. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública Mex* 2009;51(4):306-13.
25. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista Hernández V, Hernández-Suarez CM, et al. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública Méx* 2010;52(3):213-19.
26. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged. *World Psychiatry* 2005;4(2):114-20.
27. Gould MS, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(4):386-405.
28. Dervic K, Brent D, Orquendo M. Completed suicide in childhood. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(2):271-91.
29. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Estadísticas Vitales - Información Básica Año 2004 (Anuario). Buenos Aires: Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2005.
30. Fernández M, Gevel C, Krupizki H, Marconi E, Casas C. Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y causas. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud; 2008.
31. Bella ME, Fernández AR, Willington JM. Identificación de Factores de Riesgo en Intentos de Suicidio Infantojuveniles. *III Rev Argent Salud Pública* 2010;1(3):24-29.
32. Pandolfo A, Vazques M, Mas M, Vomero A, et al. Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(1):18-23.